



**University of
Zurich**^{UZH}

**Zurich Open Repository and
Archive**

University of Zurich
University Library
Strickhofstrasse 39
CH-8057 Zurich
www.zora.uzh.ch

Year: 2014

Mediendossier zu Mortalitätszahlen: Spitalhygiene als Startup-Unternehmen

Sax, Hugo

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich
ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-106112>
Published Research Report
Published Version

Originally published at:

Sax, Hugo (2014). Mediendossier zu Mortalitätszahlen: Spitalhygiene als Startup-Unternehmen. Zürich: H+.



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

Dossier Mortalität

Sterben im Spital

Version 1.0



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

Position von H+

Mortalitätszahlen sind keine Qualitätsindikatoren, dienen jedoch der kontinuierlichen Qualitätsverbesserung

Die Mortalitätszahlen der Spitäler und Kliniken werden auf Betriebsebene regelmässig durch das Bundesamt für Gesundheit veröffentlicht. Die Sterberaten sagen bezogen auf einen einzelnen Betrieb jedoch nichts über die Qualität der erbrachten Leistungen aus und können auch nicht miteinander verglichen werden. Die Mortalitätsdaten dienen den Spitälern und Kliniken hingegen zur kontinuierlichen Qualitätsverbesserung. Nachstehende Punkte erläutern, wie Mortalitätszahlen aus Sicht der Spitäler und Kliniken einzuordnen sind.

- **Mortalitätszahlen sind per se keine Qualitätsindikatoren:** Das Bundesamt für Gesundheit BAG publiziert auf seiner Website Mortalitätszahlen und zieht diese als Qualitätsindikatoren heran¹, mit dem Ziel Spitäler und Kliniken untereinander zu vergleichen. Dabei berücksichtigt das BAG zwar Alter und Geschlecht der Patientinnen und Patienten, womit man eine gewisse Risikobereinigung erreicht, unterscheidet jedoch nicht zwischen krankheits- und unfallbedingten Todesfällen und den vermeidbaren, fehlerbedingten Todesfällen. Die öffentliche Publikation der Mortalitätszahlen von ausgewählten Behandlungen durch das BAG und das Heranziehen dieser Sterberaten als Qualitätsindikator sind irreführend, da je nach Spital und Patientenmix die Mortalität unterschiedlich ausfallen kann und daher ein direkter Vergleich unter den Spitälern und Kliniken nicht zulässig ist. Eine hohe Mortalität für eine bestimmte Behandlung lässt nicht zwangsläufig auf eine schlechte Behandlungsqualität schliessen. Die Ergebnisse der Mortalitätsstatistiken müssen deshalb differenziert und mit der notwendigen Vorsicht interpretiert werden.
- **Krankheits- und unfallbedingte Todesfälle in Spitälern und Kliniken:** Wenn ein Spital schwere Krebsfälle behandelt oder eine Notfallstation hat, in der die Sanität schwerstverletzte Unfallopfer einliefert, ist mit Todesfällen zu rechnen. Solche Umstände erhöhen logischerweise die Mortalitätsrate dieses Betriebs. Deshalb sollten die Spitäler und Kliniken keine Anreize haben diese betriebsbedingt erhöhten Todesfallraten – beispielsweise durch vorzeitige Entlassungen oder Verlegungen – zu reduzieren, um so die Mortalitätsraten zu verbessern. Die heute teilweise undifferenzierte Publikation der Mortalitätszahlen könnte diese Anreize jedoch schaffen. Vielmehr geht es darum, die vermeidbaren Todesfälle zu analysieren und so die Qualität in den Spitälern und Kliniken zu verbessern.
- **Statistische Auffälligkeiten analysieren:** Die Auswertungen von Mortalitäts- und Fallzahlen können als Ausgangspunkt für eine differenzierte Analyse und Verbesserung der Abläufe und Prozesse in einem Spital dienen. Ist die beobachtete Mortalitätsrate beispielsweise bei einer bestimmten Diagnose in einem Spital viel höher als die erwartete Mortalitätsrate, kann diese statistische Auffälligkeit ein Hinweis auf ein Verbesserungspotenzial sein.

¹ Quelle: Die überarbeitete Version der Qualitätsindikatoren (CH-IQI Version 3.1), Daniel Zahnd, Thomas Mansky, BAG, 26.01.2012 (www.bag.admin.ch/qiss)

Das Gleiche gilt bei einer erhöhten erwarteten Mortalitätsrate in einem Indikationsgebiet eines Betriebes im Vergleich zu anderen Spitälern. Aus diesem Grund ist es wichtig, statistischen Auffälligkeiten nachzugehen. Dazu sind jedoch vertiefte Fallanalysen nötig. Denn erst durch die Durchsicht der Patientenakte und Diskussion des einzelnen Todesfalls durch Experten (z.B. „peer reviews“), kann festgestellt werden, ob der Tod des Patienten vermeidbar gewesen wäre. Durch die vertiefte Analyse von Mortalitätszahlen wird die Lern- und Sicherheitskultur gefördert. Sie zeigt auf, ob es Lücken im Behandlungsprozess gab oder noch gibt und Verbesserungsmaßnahmen nötig sind.

Analysieren Spitäler und Kliniken ihre Todesfälle und lernen gezielt von den Besten, können sie ihre Qualität verbessern. Dies wird heute bereits von Spitälern und Kliniken gemacht.

- **H+ steht für transparente, glaubwürdige und sinnvolle Informationen:** H+ steht für Transparenz bei der Qualität der Spitäler. Dabei sollen Berichtszahlen korrekt abgebildet und mit den Beurteilungen der Spitäler versehen werden. H+ publiziert seit 2008 glaubwürdige und sinnvolle Informationen zur Qualität der Spitäler auf der Website www.spitalinformation.ch und verfolgt dabei als Hauptziel die Qualitätsverbesserung in den Spitälern.
- H+ ist Gründungsmitglied des **Nationalen Vereins für Qualitätsentwicklung in Spitälern und Kliniken ANQ** (www.anq.ch). Dieser koordiniert und realisiert Qualitätsmessungen in der Akutso-matik, der Rehabilitation und der Psychiatrie.
- H+ ist Gründungsmitglied der **Stiftung Patientensicherheit** und auch im Stiftungsrat vertreten (www.patientensicherheit.ch). Die Stiftung für Patientensicherheit setzt sich mit weiteren Fachorganisationen dafür ein, dass unerwünschte Ereignisse und Todesfälle in Spitälern reduziert werden können.

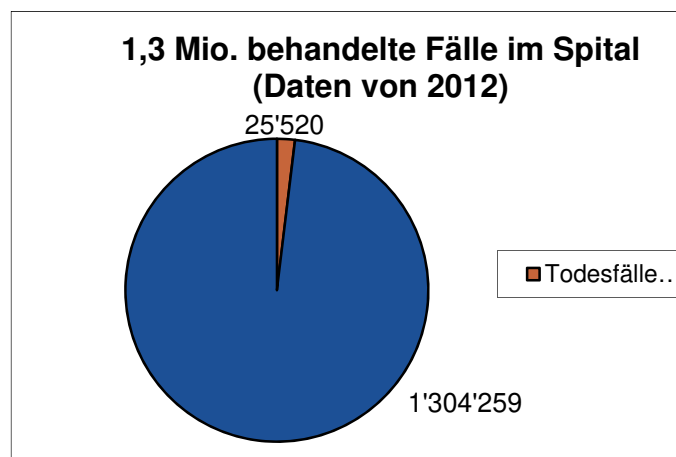


DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

Hintergrundinformationen

Sterben gehört zum Spitalalltag

- **Würdevolle Begleitung:** Schweizer Spitäler und Kliniken wollen Patientinnen und Patienten so behandeln, dass sie geheilt und wieder gesund werden oder ihre Lebensqualität verbessert wird. Doch in Schweizer Spitälern sterben auch Patientinnen und Patienten. Viele davon sind unheilbar krank oder nähern sich ihrem Lebensende. Die Palliativmedizin lindert das Leiden eines unheilbar kranken Menschen und verschafft ihm so eine bestmögliche Lebensqualität bis zum Tod. Die würdevolle Begleitung von Sterbewilligen oder von Sterbenden ist eine etablierte und geschätzte Leistung der Spitäler und Kliniken. Betriebe, welche diese Leistungen anbieten, dürfen aber nicht durch unstatthafte Vergleiche von Mortalitätsraten benachteiligt werden.
- **Todesfälle in Schweizer Spitälern:** 2012 starben in der Schweiz insgesamt 64'173 Personen, davon 25'520 Personen oder rund 40 Prozent im Spital¹ (vgl. nachstehende Grafik). Die meisten Todesfälle im Spital sind ein krankheitsbedingtes Ereignis oder die Folge von Unfällen. In westlichen Spitälern kommt es in der Grössenordnung von 1 Promille der behandelten Patientinnen und Patienten zu Todesfällen wegen Fehlern. Das zeigen übereinstimmend unzählige Studien der letzten Jahre. Die Zahl dürfte deshalb auch auf die Schweiz übertragbar sein. Bei rund 1,3 Mio. behandelten Fällen im Spital im Jahr 2012 sind dies geschätzte 1'300 Personen. Es ist jedoch festzuhalten, dass jeder vermeidbare, fehlerbedingte Todesfall einer zu viel ist.



- **Spitalkategorien:** Die Spitalkategorien des Bundesamts für Statistik BFS klassifizieren Spitäler in erster Linie nach ihrer Grösse und nach ihren Leistungsangeboten. Vergleicht man die Mortalitätszahlen der Spitäler innerhalb derselben Kategorie, so entsteht ein verzerrtes Bild. So gehören Betriebe mit sehr unterschiedlichem Patientenkollektiv und Versorgungsspektrum statistisch in die gleiche BFS-Kategorie. Folgende zwei Beispiele zeigen dies auf:

¹ Quelle: Bundesamt für Statistik, provisorische Daten von 2012

1. In einem Akutspital mit geriatrischer Abteilung leiden die Patienten üblicherweise an mehreren altersbedingten Begleiterkrankungen, was in der Regel zu einer erhöhten Mortalität führt.
2. Ein grösseres Zentrumsspital ist in einigen Fachbereichen mit einem Universitätsspital zu vergleichen und hat meist auch viele Onkologie-Fälle, was zu einer erhöhten Sterberate führt.

Ein Vergleich von Mortalitäts- oder Qualitätsdaten ist also ohne Berücksichtigung des Patientenspektrums und des Versorgungsauftrags sowie der Betriebsstruktur nicht statthaft. Solche Vergleiche lassen keinen Schluss auf allfällige Qualitätsunterschiede zu.

Begriffserläuterungen

1. Krankheits- und unfallbedingte Todesfälle:

In den Spitälern und Kliniken gibt es krankheits- und unfallbedingte, also zu erwartende Todesfälle. Dazu zählen Patienten mit unheilbaren Krankheiten (z.B. Krebs) und Unfallopfer, die meist via Notfall und Sanität ins Spital eingeliefert werden und aufgrund von schwersten Verletzungen nicht überleben. Ebenfalls über die Notfallstationen werden Suizid-Fälle eingeliefert, bei denen eine Hilfe zu spät kommen kann. In der Akutsomatik sowie in speziell eingerichteten Abteilungen oder Spezialkliniken werden Patientinnen und Patienten mit spezialisierter Palliativ-Medizin behandelt, die unheilbar krank sind und würdevoll mit der bestmöglichen Linderung von Begleitsymptomen begleitet werden.

In der Patientensicherheit sind u.a. folgende Begriffe zentral²:

2. Unerwünschtes Ereignis

Der Begriff beschreibt eine Schädigung, die auf die medizinische Behandlung und nicht auf die Erkrankung des Patienten zurückzuführen ist. In der Fachsprache wird dafür oft der englische Begriff „Adverse event“ verwendet. Ein unerwünschtes Ereignis kann, muss aber nicht aufgrund eines Fehlers entstehen. *Beispiel: Allergische Reaktion auf Penicillin.*

Ein unerwünschtes Ereignis kann vermeidbar oder nicht vermeidbar sein.

a. Vermeidbares, unerwünschtes Ereignis

Falls innerhalb der medizinischen Behandlung ein Fehler vorkommt, der zu einer Schädigung oder zum Tod des Patienten führt, wird dies als vermeidbares Ereignis klassifiziert.

Beispiel: Die Penicillin-Gabe ruft eine starke Hautreaktion bei einem Patienten vor. Die Penicillin-Allergie war jedoch in der Patientenakte vermerkt und wurde übersehen.

b. Nicht vermeidbares Ereignis

Es geht dabei meist um eine Abweichung vom geplanten, vorgesehenen Ablauf aufgrund von Nebenwirkungen, die nicht auf einem Fehler beruhen, sondern im Rahmen einer Behandlung trotz Einhaltung aller Regeln auftreten können.

Beispiel: Einem Patienten wird Penicillin verabreicht und er reagiert mit einem starken Ausschlag, der auf eine Penicillin-Allergie schliessen lässt, aber vorher weder beim Patienten noch beim behandelnden Personal bekannt war.

3. Medizinischer Fehler

Eine Handlung oder ein Unterlassen, bei dem eine Abweichung vom Plan (Ausführungsfehler), ein falscher Plan oder kein Plan vorliegt (Planungs-Fehler). Ein Fehler kann zu einer Schädigung führen, muss aber nicht. Ein Fehler ohne Schaden, der zu einem Schaden hätte führen können, wird als Beinahe-Schaden bezeichnet.

Zentrales Ziel der Patientensicherheit ist die Reduktion der Zahl vermeidbarer, unerwünschter Ereignisse.

² In Anlehnung an den Bericht „To err is human“, der vom Institute of Medicine im Jahr 2000 veröffentlicht wurde. Die Stiftung patientensicherheit Schweiz arbeitet mit denselben Definitionen.



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI



Schweizerische Akademie für Qualität in der Medizin

Varja Meyer
Operative Leiterin Schweizerische
Akademie für Qualität in der Medizin
SAQM, Stv. Leiterin Abteilung Daten,
Demographie und Qualität DDQ der FMH

Christoph Bosshard
Mitglied des Zentralvorstandes der FMH
Departementsverantwortlicher
DDQ / SAQM

Ärztliche Qualitätsaktivitäten – die Arbeiten der Schweizerischen Akademie für Qualität in der Medizin SAQM

Seit 2012 verfügt die Verbindung der Schweizer Ärztinnen und Ärzte FMH über eine eigene Qualitätsorganisation, die Schweizerische Akademie für Qualität in der Medizin SAQM. Durch die neu geschaffenen Strukturen sowie eine institutionalisierte Vernetzung und Koordination sollen die Qualitätsbestrebungen der Ärzteschaft noch besser gebündelt werden. Zu den Hauptaufgaben der SAQM zählt es, den Zusammenhalt innerhalb der Ärzteschaft zu fördern sowie die Vernetzung von Aktivitäten der verschiedenen Ärzteorganisationen zu unterstützen. Als Koordinatorin bei Fragen auf nationaler Ebene fördert die SAQM alle Aspekte der ärztlichen Qualitätsarbeit mit Nutzen für Patienten, Angehörige und Ärzte und sie setzt sich für einen hohen Standard von Qualitätsdaten und -projekten ein. Ebenso übernimmt sie die Leitung in der Kommunikation zu Qualitätsthemen innerhalb der Ärzteschaft und nach aussen. Ihre Arbeiten reflektiert die SAQM regelmässig mit den Partnerorganisationen aus dem Gesundheitswesen, welche im Dialog Qualität der SAQM vertreten sind – so auch mit H+. Für die fachliche Qualität und ihre Umsetzung sind nach wie vor die einzelnen Ärzteorganisationen verantwortlich. Alle genannten Aktivitäten der SAQM haben zum Ziel, die Qualität in der medizinischen Leistungserbringung zu fördern. Die Projekte, welche die SAQM entweder selber durchführt oder die sie tatkräftig unterstützt, fördern die Patientensicherheit. So beispielsweise das Projekt „Sicherheit der Telefon-Triage in der Grundversorgung“ der Stiftung „patientensicherheit schweiz“.

Mortalitätsrate ist per se kein Qualitätsindikator

Die SAQM engagiert sich für eine sinnvolle Transparenz in der Qualität des ärztlichen Handelns. Sie setzt sich für die Veröffentlichung von aussagekräftigen, korrekt erhobenen und verständlich kommunizierten medizinischen Qualitätsdaten ein. Qualitätsmessung ist Voraussetzung für Qualitätstransparenz. Damit Indikatoren Aussagen zur medizinischen Behandlungsqualität erlauben, müssen sie zwingend gemeinsam mit der Ärzteschaft definiert werden. Dabei gilt es, die Empfehlungen der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW zur Erhebung, Analyse und Veröffentlichung von Daten über die medizinische Behandlungsqualität zu beachten. Outcomeindikatoren wie die Mortalitätsrate dürfen nicht per se als Qualitätsindikatoren verstanden werden. Und es ist von zentraler Wichtigkeit, dass – gerade bei der Mortalitätsrate – die jeweiligen Patientenkollektive risikobereinigt sind. Solche Zahlen sollten nur mit grosser Vorsicht interpretiert werden.

Dienstleistungen der SAQM

Dank ihrem weitläufigen Beziehungsnetz sowie versierten Mitarbeitenden kann die SAQM Ärzte, Spitäler und weitere Organisationen auf verschiedenen Ebenen bei Qualitätsfragen unterstützen. Sei dies im Rahmen einer Vernetzung, einer fachlichen Unterstützung, der Aufnahme neuer Themengebiete oder punktuell auch mit finanziellen Projektunterstützungen. Entsprechende Antragsformulare können auf www.saqm.ch heruntergeladen werden. Weitere Dienstleistungen wie themenspezifische Onlineplattformen oder Grundlagenarbeiten sind ebenfalls auf der Webseite der SAQM aufgeschaltet.

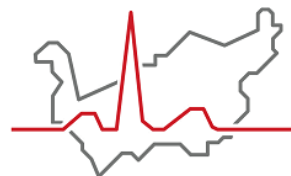
Autoren

Varja Meyer
Telefon 031 359 11 11
E-Mail varja.meyer@fmh.ch

Christoph Bosshard
Telefon 031 359 11 11
E-Mail christoph.bosshard@hin.ch



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI



Hôpital du Valais
Spital Wallis

Dr. Pierre-François Cuénoud
Facharzt für Chirurgie, ärztlicher Direktor
des medizinischen Direktor des
Spitalzentrums Oberwallis, Vizepräsident
der FMH

Medizinische Tätigkeiten im Bereich Qualität: Standpunkt der Spitalärztinnen und -ärzte

Jeder Todesfall, der sich im Spital ereignet, ist für die Ärztinnen und Ärzte und das Pflegepersonal ein einschneidendes Ereignis. Sie fühlen sich als Opfer eines heimtückischen Versagens. Lange haben sich die Familien und das Spitalpersonal dem Schicksal des Todes gefügt. Seit einigen Jahrzehnten hat sich das geändert. Parallel dazu haben sich die Möglichkeiten der Medizin sowohl in Bezug auf die Techniken als auch der Geräte stark weiterentwickelt und die Grenzen des Möglichen fortlaufend hinausgeschoben.

Hospitalisierte Patientinnen und Patienten werden immer älter und multimorbid. Ihre Behandlung setzt zahlreiche Kompetenzen voraus, da die meisten Leiden heute multidisziplinär betreut werden. Unter diesen Umständen braucht es Indikatoren, mit denen sich die Qualität der Praktiken im Bereich Patientensicherheit, Verfahren und Resultate beurteilen lässt. Sofern sie auf methodisch einwandfreien wissenschaftlichen Grundlagen beruhen, ermöglichen diese Analysen Vergleiche und schaffen eine solide Argumentationsbasis für die Rechtfertigung von tendenziösen Unterstellungen oder für die Freigabe der zur Qualitätsverbesserungen nötigen Mittel.

Viele Ärzteverbände haben zu diesem Zweck Register ihrer Fachbereiche erstellt. Ohne langfristige Sicht ist es nicht möglich, die Qualität der Ergebnisse zu beurteilen und gegebenenfalls die Therapien anzupassen. Die Sterblichkeit im Spital hat zweifellos ihre Bedeutung, aber auch das Überleben und die Lebensqualität der Patientinnen und Patienten nach ihrer Rückkehr nach Hause ist wichtig.

Derzeit wird eine ganze Reihe konkreter Massnahmen zur Senkung der Sterblichkeit in Spitälern umgesetzt. Die wichtigste ist die Einrichtung von Kompetenzzentren zur Erreichung der erforderlichen kritischen Masse. Daneben werden die operativen und perioperativen Verfahren vereinfacht und standardisiert (am Beispiel von ERAS, Enhanced Recovery After Surgery). In der präoperativen Phase werden eine genauere Risikoanalyse und eine umfassendere Ernährungsbilanz der Patientinnen und Patienten empfohlen.

Trotzdem bleibt ein gewisses Sterblichkeitsrisiko im Spital bestehen, das mit den Patientinnen und Patienten und ihren Angehörigen ausführlich besprochen werden muss. So können die Kranken belastende Behandlungen in voller Kenntnis der Sachlage akzeptieren oder ablehnen. Manchmal werden die Entscheidungen und Vorschläge der Ärzteschaft aber auch massgeblich von der Gefahr einer rechtlichen Klage beeinflusst. Die Anzahl Patientinnen und Patienten, die so um eine potenziell heilende Behandlung gebracht werden, lässt sich nicht ermitteln. Multidis-

ziplinäre Indikationskolloquien, die bei Bedarf durch Videokonferenzen mit anderen Teams ergänzt werden, setzen diesbezüglich gute Leitplanken.

Schliesslich darf auch der präventive Aspekt nicht vernachlässigt werden. Durch das Erkennen und die Kontrolle kardiovaskulärer Risikofaktoren zum Beispiel können damit verbundene Komplikationen vermieden werden. So wurde die Anzahl der geplatzten abdominalen Aorta-Aneurysmen im Lauf der letzten 15 Jahre erheblich reduziert. In diesem Zusammenhang ist eine wirksame Koordination der Behandlungskette durch intensivere Kontakte zwischen Ärztinnen und Ärzte der Notfalldienste, der medizinischen Fachbereite und der Spitäler unverzichtbar. Von diesem guten Einvernehmen hängt die globale Qualität der Medizin ab, die letztlich unseren Patientinnen und Patienten zugute kommt.

Autor

Dr. Pierre-François Cuénoud
Telefon 027 603 41 32
E-Mail pierre.cuenoud@hopitalvs.ch



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI



patientensicherheit schweiz
sécurité des patients suisse
sicurezza dei pazienti svizzera
patient safety switzerland

Prof. Dr. David Schwappach
MPH, Wissenschaftlicher Leiter Stiftung
für Patientensicherheit

Förderung der Patientensicherheit in der Praxis

„patientensicherheit schweiz“ (die Stiftung für Patientensicherheit) wurde vor über zehn Jahren gegründet und wird von allen wichtigen Akteuren im schweizerischen Gesundheitswesen getragen. Aufgabe und Ziel der Stiftung ist die Reduktion von Fehlern und die Verbesserung der Patientensicherheit in allen Bereichen der Gesundheitsversorgung und an den Schnittstellen. In einem Netzwerk von engagierten Partnern analysiert die Stiftung Sicherheitsprobleme, entwickelt Lösungen und fördert den Praxistransfer.

Die Stiftung bietet Spitälern umfassende Unterstützung in ihren Bestrebungen, die Patientensicherheit zu verbessern. Diese umfassen den Wissenstransfer über ein breit gefächertes Kommunikationsangebot (Newsletter, Quick-Alerts, Paper of the Month, Kampagnenmaterial) sowie über Schulungen, in denen z.B. Methoden zur Analyse von Zwischenfällen gelernt werden. Auch in wissenschaftlichen Projekten arbeiten Spitälern und Stiftung eng zusammen, um Risiken für die Patientensicherheit und Lösungen zu erforschen.

Im CIRNET (Critical Incident Reporting & Reacting NETwork) sind lokale Fehlermeldesysteme von derzeit 42 Spitälern zusammengeschlossen. Dies erlaubt es der Stiftung, Gefahren mit überregionaler Bedeutung zu erkennen und schnell praxisnahe Empfehlungen zu erarbeiten, die dann wiederum von den Spitälern genutzt werden. Die Spitälern können aus den Ereignissen an anderen Orten lernen und abklären, ob gemeldete Gefahren auch bei ihnen relevant sind. Die Stiftung stellt damit ein wichtiges Instrument für das spitalinterne, klinische Riskmanagement zur Verfügung.

Das Pilotprogramm „progress! Sichere Chirurgie“ verfolgt die nachhaltige Implementierung einer evidenz-basierten Massnahme zur Verbesserung der Patientensicherheit in der Schweiz mit der chirurgischen Checkliste. Gemeinsam mit Experten und Fachgesellschaften hat die Stiftung umfassende Materialien und Instrumente erstellt, welche die Spitälern zur Einführung und Förderung der Checkliste nutzen können. Daneben führt die Stiftung mit zehn Spitälern ein intensives Implementierungsprogramm durch. Dabei können Spitälern voneinander lernen, sind im engen Austausch mit der Stiftung, erhalten direkte Unterstützung und ein aufwendiges datenbasiertes Feedback über den Fortschritt ihrer Bemühungen. Gleichzeitig sind auch die Anforderungen an die Spitälern hoch. Es müssen Prozesse angepasst, interne Projektstrukturen aufgebaut, Mitarbeiter geschult und Daten erhoben werden. Schlussendlich geht es darum, dass sich komplexe Organisationen verändern – ein Prozess, der Mut, Zeit, und finanzielle Mittel erfordert.

Natürlich existieren Unterschiede zwischen Spitälern, wie sie die Herausforderungen meistern und wie erfolgreich sie in der Verbesserung der Patientensicherheit sind. Ob aber Unterschiede in Mortalitätsraten tatsächlich unterschiedliche Patientensicherheit abbilden, ist sehr zweifelhaft und führt im schlimmsten Fall zu falschen Anreizen. Auch wenn es wünschenswert wäre, eine einzige Kennzahl zu haben („one figure tells all“), die den Stand der Patientensicherheit abbildet, wie dies mit den Mortalitätsraten versucht wird, so ist die Patientensicherheit von Spitälern nur anhand eines differenzierten Datensets einschätzbar. Dieses Set kann – je nach klinischem Gebiet und Zielsetzung – von einer Einzelfallbetrachtung (z.B. Seitenverwechslung) bis zu klinikweiten Prozessdaten reichen. Die dargestellten Aktivitäten zeigen die konstruktive Kooperation, in der Stiftung und Spitäler zusammenarbeiten. Dabei ist es durchaus Aufgabe der Stiftung, auch „Stachel“ zu sein und Spitäler für ein starkes Engagement in der Patientensicherheit zu motivieren und, wo nötig, dieses auch einzufordern.



Autor

Prof. Dr. David Schwappach
Telefon 043 244 14 80
E-Mail schwappach@patientensicherheit.ch



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI



Dr. med. Steffen Eychmüller
Ärztlicher Leiter Palliative Care,

Palliative Care in Schweizer Spitälern und Kliniken

Es ist nicht einfach, die derzeitige Situation der Palliative Care an Schweizer Spitälern zu definieren. Der Grund liegt in der Tatsache, dass zwar Dokumente für die Rahmenbedingungen der Palliative Care in der Schweiz erarbeitet wurden, die Umsetzung allerdings bis dato kaum übersichtlich ist. Wesentliche Ursachen hierfür sind:

- die geographischen und historischen Hintergründe sowie die vorhandene Fachkompetenz, die darüber bestimmen, welche Patienten hauptsächlich behandelt werden,
- die häufig fehlende Unterscheidung von Angeboten der allgemeinen und der spezialisierten Palliative Care,
- die häufig fehlenden kantonalen Leistungsaufträge für Einheiten der spezialisierten Palliative Care,
- bis dato fehlende Fachcurricula und Diplome/Fachtitel, die Anreize für eine berufliche Karriere in Palliative Care bieten;
- die unpräzise Definition von „Palliativbetten“ in Spitälern,
- ein bisher kaum umgesetztes, wenn auch seit Jahren bereits definiertes Qualitätslabel für spezialisierte Palliative Care,
- die teilweise unklare Definition bzw. Qualifikation von beratenden spitalinternen Palliativ-Konsiliardiensten.

Die heutigen Palliative Care-Angebote in den Schweizer Spitälern und Kliniken

Eine interne Erhebung der Schweizerischen Palliativgesellschaft palliative.ch aus den Jahren 2012/13 ergab eine Zahl von insgesamt 306 Betten der spezialisierten Palliative Care in 32 Einheiten von 4 bis max. 32 Betten. Diese Einheiten sind entweder integriert in ein Spital mit akutmedizinischem Leistungsauftrag oder spezialisierte Palliativkliniken mit Spitalstatus. Die Aufenthaltsdauern schwanken ebenso wie die Anteile der Patienten, die in diesen Einheiten versterben (von 33 bis ca. 90 Prozent). Der Anteil behandelter Tumor-Patienten beträgt 20-100%.

Von den Universitätsspitalern weisen die Spitäler Bern, Genf, Lausanne, und Zürich eine Bettenstation der spezialisierten Palliative Care aus, das Kinderspital Zürich betreibt flottierende Betten, aber mit einem Spezialteam. Unter den Kantonsspitalern bieten folgende Spitäler eine Palliative Care-Einheit an: St. Gallen, Chur, Bellinzona, Fribourg, Luzern, Olten, Schwyz, Münsterlingen, Sursee und Winterthur. Freistehende Kliniken bestehen in Arlesheim, Basel-Stadt, Bern, Châtel-Saint-Denis, Collonge-Bellerive, Ville-Neuve und Zürich. Weitere Einrichtungen mit unterschiedlicher Angliederung finden sich in Affoltern a.A., Aubonne, La Chaux-de-Fonds, Lavaux, und Martigny.

Die vollständige Umstellung der Spitalfinanzierung auf DRG im Jahr 2013 brachte für die Palliativeinheiten erhebliche Herausforderungen mit sich. Diejenigen stationären Einheiten, die im spitalinternen Rahmen nach DRG abrechneten, weisen im Verlauf eine erhebliche Unterdeckung auf. Gründe hierfür finden sich vor allem in der teilweise deutliche verlängerten Verweildauer durch fehlende „Abnehmer- Institutionen“ wegen hoher Komplexität und Instabilität der betroffenen Patienten, sowie in der Tatsache, dass die meisten spitalinternen Verlegungen auf eine Palliativstation erst nach einer teilweise langen Behandlungskette erfolgen (Notfall – Intensivstation – Spezialstation – Palliativstation), was es dem Spital nicht erlaubt, in diesen Fällen kostendeckend zu arbeiten.

Einheiten, die von der Ausnahmeregelung Gebrauch machen, Leistungen der Palliative Care nach Tagespauschalen abzurechnen, erreichen mit der gegenwärtigen Vergütung ebenfalls keine Kostendeckung. Da es sich meist um Einheiten in kleineren Institutionen/Spitälern handelt, ist eine Querfinanzierung über ertragsstärkere Bereiche nicht möglich und ihre Existenz dementsprechend noch stärker gefährdet.

Im europäischen Vergleich (EAPC) kann konstatiert werden, dass die spitalgestützten Angebote der spezialisierten Palliative Care in der Schweiz insbesondere quantitativ nicht denjenigen anderer europäischer Länder entspricht. Dies ist bedingt durch die grosse Planungsunsicherheit insbesondere im Bereich der Finanzierung, und durch eine eher auf Krisenmanagement und sog. Spitzenmedizin ausgerichtete Akutmedizin. Die aktuelle „Nationale Strategie Palliative Care 2013 – 2015“ ist durch diesen Umstand in ihrer Umsetzung stark gefährdet.

Einfluss von Palliative Care auf die Sterbestatistik und Mortalitätsraten

Mit schweizerischen Statistiken kann der Einfluss von PalliativeCare-Angeboten auf die Sterblichkeit und die Mortalitätsraten in Spitälern nicht dokumentiert werden (JUNKER). Aus der Praxis kann abgelesen werden, dass sich die Gesamt- Mortalitätsraten von Spitälern nach Eröffnung einer Palliativstation initial kaum ändern. Dies ist bedingt durch die Tatsache, dass schwerkranke Menschen, die auf einer Palliativstation „gebündelt“ werden, vor Entstehung der Palliativstationen auf anderen Stationen der betreffenden Spitäler behandelt wurden und verstorben sind. Es kommt also nicht zu einer quantitativen Häufung von Sterbefällen, sondern meist zu einer qualitativen Umverteilung innerhalb der Spitäler. Nimmt jedoch die Bekanntheit der Palliativabteilung schrittweise zu, und werden schwerkranke Menschen nicht nur intern, sondern zunehmend auch von extern bspw. aus Pflegeheimen oder anderen Spitälern zugewiesen, steigt die Todesfallrate des Spitals entsprechend der Bettenkapazität der Palliativstation häufig an („Sogwirkung“).

Spitäler, die gehäuft polymorbide Patienten behandeln, über eine entsprechend ausgerichtete Notfall- und Intensivabteilung verfügen und die Palliative Care im ganzen Spital konzeptionell und organisatorisch verankert haben, weisen einen höheren Anteil an sterbenden Patienten aus als beispielsweise rekonstruktiv und operativ ausgerichtete Spitäler und Kliniken mit einer ansonsten eher „gesunden“ Klientel. Auch werden Zentrumsspitäler mit öffentlichem Leistungsauftrag und der Aufgabe, besonders schwerkranke Patienten mit komplexen Diagnosen aufzunehmen und zu betreuen, mit oder ohne spezialisiertem Palliativangebot naturgemäss einen höheren Anteil an sterbenden Menschen betreuen als andere Spitäler. Aus einer Statistik des Kantonsspitals St.Gallen beispielsweise kann ersehen werden, dass der Grossteil der verstorbenen Patienten auf den beiden Intensivstationen und den beiden Palliativstationen behandelt wurden. Intensivstationen und stationäre Einheiten der spezialisierten Palliative Care mit jeweils hoher Kompetenz und damit regionaler Ausstrahlung führen also naturgemäss zu prozentual erhöhter Spitalmortalität. Diese dann als Benchmarking für die Behandlungsqualität einzusetzen, ignoriert die oben genannten Zusammenhänge.

Autor

Dr. med. Steffen Eychmüller
Telefon 031 632 51 07
E-Mail steffen.eychmueller@insel.ch

Referenzen:

Centeno, C et al: EAPC- Atlas 2012. www.eapcnet.wordpress.com
Junker C, Inventar der Datensituation in der Palliative Care, 2012;
www.bag.admin.ch/palliativecare



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI



Dr. Petra Busch
Geschäftsleiterin

Qualitätsmessungen in den Spitätern und Kliniken

Aufgaben des ANQ

Der Nationale Verein für Qualitätsentwicklung in Spitätern und Kliniken (ANQ) koordiniert und realisiert Qualitätsmessungen in der Akutsomatik, der Rehabilitation und der Psychiatrie. ANQ-Mitglieder sind H+, santésuisse, die Eidgenössischen Sozialversicherer (Unfall-, Militär- und Invalidenversicherung), alle 26 Kantone und das Fürstentum Liechtenstein sowie die Schweizerische Gesundheitsdirektorenkonferenz. Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) hat als Beobachter Einsitz.

Grundlage für die Tätigkeit des ANQ ist das Bundesgesetz über die Krankenversicherung (KVG), das von den Leistungserbringern und den Kostenträgern eine vertraglich vereinbarte Qualitätssicherung verlangt.

Ziele der Qualitätsmessungen

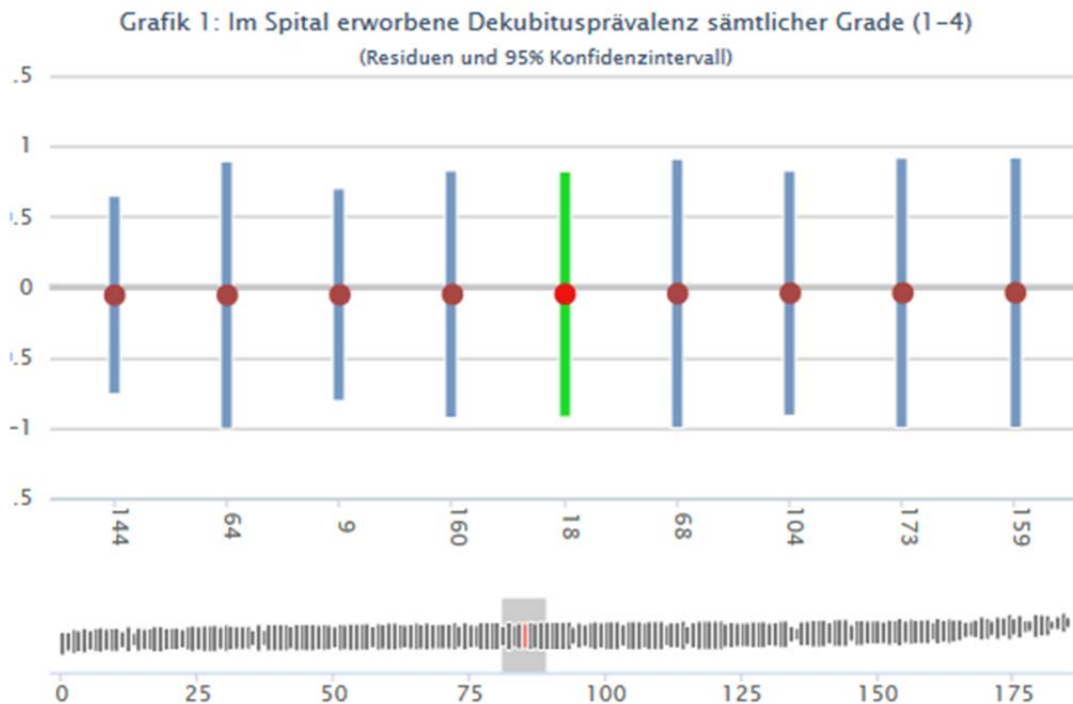
Im nationalen Qualitätsvertrag ist die Umsetzung der ANQ-Messungen klar geregelt. Beinahe alle Schweizer Spitäler und Kliniken sind diesem Vertrag beigetreten. Damit verpflichten sie sich, regelmässig Qualitätserhebungen gemäss dem ANQ-Messplan in den drei Fachbereichen durchzuführen.

Die Messresultate werden den teilnehmenden Spitätern und Kliniken in einem detaillierten Bericht zugestellt und grafisch aufbereitet, damit nationale Vergleiche und spitalindividuelle Analysen möglich werden. Aufgrund dieser Erkenntnisse können Massnahmen zur Qualitätsentwicklung initiiert werden.

Die Qualitätsindikatoren können aus unterschiedlichen Perspektiven ausgewählt und betrachtet werden: aus Sicht von Patienten, Public Health, Krankenkassen, Spitätern usw.

Eine Überprüfung des ANQ-Messplans im Akutbereich durch unabhängige Experten im Jahre 2012 hat gezeigt, dass der ANQ die wichtigsten Qualitätsindikatoren aus der nationalen Perspektive abdeckt. Mit diesem Forschungsbericht wurde die bisherige ANQ-Themensetzung ausdrücklich bestätigt.

Hauptziel des ANQ ist es, sämtliche Anspruchsgruppen sowie die breite Öffentlichkeit transparent über die Ergebnisse der ANQ-Messungen zu informieren und damit einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess zu ermöglichen.



Grafik-Beispiel: einzelnes Spitalergebnis im Vergleich mit dem Gesamtergebnis aller Spitäler

Siehe auch: www.anq.ch/de/akutsomatik/akutsomatik-anq-hplus

Einordnung der Mortalitätsraten aus Sicht des ANQ

Der ANQ führt Outcome-Messungen durch. Das heisst, er betrachtet das Ergebnis einer Behandlung, eines Eingriffs usw. Da das Spitalangebot, die Patientenstruktur oder der Spital- oder Klinikstandort die Messresultate entscheidend beeinflussen können, werden Risikofaktoren wie zum Beispiel der generelle Gesundheitszustand der Patientinnen und Patienten oder der Grad der behandelten Erkrankung bei der Auswertung berücksichtigt. Damit wird ein fairer Vergleich zwischen allen Spitälern und Kliniken ermöglicht. Mortalitätszahlen hingegen werden aus der allgemeinen medizinischen Statistik berechnet – basierend auf nicht risikobereinigten Daten. In Bezug auf die Qualität von einzelnen Spitälern oder Kliniken sind sie deshalb wenig aussagekräftig.

Aus einer nationalen Sicht hingegen ergänzen sich diese unterschiedlichen Messsysteme. In der Summe tragen sie dazu bei, dass sich die Bevölkerung ein generelles Bild über die Leistungen von Schweizer Spitälern und Kliniken machen kann.

Autor

Dr. Petra Busch
Telefon 031 357 38 40
E-Mail petra.busch@anq.ch

Spitalhygiene und Patientensicherheit sind nicht delegierbar

Zwei typische Fälle

Samstag 20:30 Uhr im Notfall eines Spitals in der Schweiz. Zwei Patienten werden gleichzeitig eingeliefert. Ein 89-jähriger Mann mit akutem Nierenversagen wegen Harnstauung bei einem neuentdeckten Prostatakrebs und ein 22-jähriger Snowboarder, der sich bei einem Sturz eine Knieverletzung zugezogen hatte. Beide Patienten erleiden eine spitalerworbene Infektion, der ältere eine Bauchfellentzündung bei Metastasenbauch, der jüngere eine Knieinfektion, die über Monate antibiotisch behandelt werden muss und drei zusätzliche Eingriffe nach sich zieht. Waren diese Infektionen verhinderbar? Erhielt der Knieverletzte seine präoperative Antibiotikaphylaxe rechtzeitig?

Die zwei infektiösen Risiken der medizinischen Behandlung

Nosokomiale Infektionen und Antibiotikaresistenz haben beide eine assoziierte Letalität. Dennoch müssen sie getrennt betrachtet werden.

Nosokomiale Infektionen

Unsere beiden typischen Fälle gehören zu den rund 75'000 spitalerworbenen Infektionen in der Schweiz, die jeden 10. bis 15. Patienten treffen. Nosokomiale Infektionen gehören nebst Medikations- und Diagnosefehlern zu den wichtigsten Herausforderungen der Patientensicherheit. Wie die Fälle zeigen, sind sie nur zu einem Teil verhinderbar. Vier Kategorien erklären 80-90% von diesen: Infektionen des Operationsgebiets, Pneumonien, Harnwegsinfektionen und Bakteriämien. Die Ursache liegt häufig in der Anwendung von invasiven Prozeduren (Chirurgie) oder Installationen (Katheter), wobei die ursächlichen Keime allermeist aus der etablierten Flora des Patienten stammen. Zu ca. 90% treten sie endemisch auf und werden deshalb nur durch aktives Monitoring sichtbar. Wichtig für das Patientenoutcome ist aber auch die schnelle Diagnose und Therapie nosokomialer Infektionen.

Antibiotikaresistenz

Das zweite infektiöse Risiko liegt in der Unempfindlichkeit von Keimen gegen antiinfektiöse Substanzen. Resistente Bakterien entstehen bei Anwendung von Antibiotika auf Patientenebene und werden dann via Hände und Gegenstände von Patient zu Patient verbreitet.

Was tun wir im Universitätsspital Zürich dagegen?

Ein ehrgeiziges Ziel

Seit wir uns in der Spitalhygiene letztes Jahr entschlossen haben, die Infektrate als Indikator für unsere Performance zu akzeptieren, betreiben wir Spitalhygiene als Startup-Unternehmen. Dies geschah in der Auseinandersetzung mit unserem Qualitätsmanagementsystem ISO 9001, das wir effektiver gestalten wollen. In unserer letztjährigen Prävalenzstudie fanden wir 8.7% spitalinfizierte Patienten. Unsere Direktorin stellte die entscheidende Frage: „OK, aber was ist unser Ziel?“ Wir entschieden uns für 5% in fünf Jahren. Das bedeutet, wir müssen jährlich zusätzlich 1000 Infektionen verhindern! Wir akzeptieren damit den Challenge, dem Patienten ‚Spital‘ mit unserer Expertise in Mikrobiologie, Epidemiologie, Organisationsentwicklung und Verhaltenspsychologie zu helfen, dieses Ziel zu erreichen.

Die richtigen Fragen

Das Ziel hilft uns, die richtigen Fragen zu stellen. Wo müssen wir investieren? Haben wir die richtigen Talente in unserem Team? Wo sind die verhinderbaren Infektionen? Brauchen wir mehr Forschung? Sollen wir in Händehygiene investieren oder uns den Operationssaal genauer ansehen? Brauchen wir eine höhere Impfquote gegen Influenza oder eher einen disziplinierteren Gebrauch von Antibiotika? Wen im Spital müssen wir wie ausbilden?

Wir werden gewonnen haben, wenn unsere Führungspersonen auf jeder Ebene ihren Mitarbeitenden regelmässig die Frage stellen: „Haben wir bei uns noch verhinderbare Infektionen? Was tun wir dagegen?“ Denn wir glauben, Patientensicherheit ist nicht delegierbar.

FIGUR. EINE WERBEKAMPAGNE GEGEN ANSTECKUNG VON PATIENTEN MIT ‚WINTERVIREN‘ IM UNIVERSITÄTSSPITAL ZÜRICH 2014



Autor

PD Dr. med. Hugo Sax
Telefon 044 255 57 30
E-Mail hugo.sax@usz.ch

Zusammenfassung:

Sogenanntes ‚Social Marketing‘ ist eine der vielen Möglichkeiten der Verhaltensbeeinflussung. Das Konzept hinter dieser Antiviruskampagne verbindet die positive emotionale Stimmung der informellen Kommunikation per Short Message Service (SMS) unter Freunden mit dem technischen Hinweis auf die notwendigen Massnahmen. Es braucht aber meist eine multimodale Strategie auf Systemebene mit Elementen aus den Bereichen der physischen Ergonomie (z.B. patientennahe Platzierung der Handschuhe), der kognitiven (z.B. Risikowahrnehmung) und der sozio-psychologischen Dimension (z.B. was der Chef in der Kaffeepause darüber sagt).

Was für Aufgaben die spezialisierte Palliative Care in Spitälern übernimmt

Die Definition der Palliative Care durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) lautet:

«Palliative Care dient der Verbesserung der Lebensqualität von Patienten, die mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung konfrontiert sind, und ihren Familien. Dies geschieht durch Vorbeugung und Linderung von Leiden mittels frühzeitiger Erkennung, hochqualifizierter Beurteilung und Behandlung von Schmerzen und anderen Problemen physischer, psychosozialer und spiritueller Natur.»¹

Wichtigster Punkt dabei ist:

Palliative Care ist nicht gleichbedeutend mit End of Life Care

Leider führt die Verwechslung von Palliative Care mit End of Life Care oft dazu, dass Palliative Care-Angebote viel zu spät wahrgenommen werden oder ungenützt bleiben, wie dies kürzlich in einer Übersichtsarbeit im New England Journal of Medicine eindrücklich dargestellt wurde.² Palliative Care ist im Grunde ein Ansatz zur Optimierung der Versorgung chronisch kranker Patienten in ihren letzten Lebensabschnitten und basiert auf den Wünschen und Prioritäten der Patienten und ihrer Familien. Daher ist auch die gesundheitliche Vorausplanung für das Lebensende (Advance Care Planning,³ einschließlich Patientenverfügung und Vorsorgeauftrag) integraler Bestandteil der Palliative Care und sollte in den Spitälern schon aus Eigeninteresse (Vermeidung unerwünschter und unnötiger Hospitalisierungen und Behandlungen) gefördert und implementiert werden.

Warum sind Angebote der Palliative Care in Spitälern und Kliniken so wichtig?

Palliative Care-Angebote in Spitälern und Kliniken sind nicht wichtig, sie sind unverzichtbar. Und dies aus mehreren Gründen:

1. Schon heute sterben ca. 40% der Schweizer in einem Krankenhaus, etwa gleich viele wie in Altersheimen. Die demographische Entwicklung wird aber dazu führen, dass sich in den kommenden 20 Jahren die Anzahl der Sterbefälle um fast ein Drittel von rund 60.000 auf 80.000 erhöhen wird. Im Jahr 2055 werden laut Berechnungen des BFS pro Jahr über 100'000 Menschen jeden Alters sterben (vgl. Abb.).⁴ Auf die automatisch damit einhergehende erhöhte Nachfrage nach Palliative Care sind die meisten Spitäler nicht vorbereitet.
2. Die erwähnte demographische Entwicklung bringt es ausserdem mit sich, dass immer mehr Patienten in den Spitälern multimorbid und hochbetagt sind. Die geriatrische Palliative Care ist aber noch konzeptuell und personell unterentwickelt, was sich heute

schon als gravierendes Problem erweist. Die geriatrischen Palliativpatienten stellen einen wachsenden Anteil der Patienten in den Nothilfe-Abteilungen der Spitäler dar, aufgrund unzureichender ambulanter wie stationärer Betreuungskonzepte für diese Population.

3. Die Schwierigkeiten vieler Ärzte – aufgrund mangelhafter bzw. fehlender Ausbildung in Palliative Care – die Therapieziele am Lebensende rechtzeitig anzupassen, führt in vielen Fällen zu unnötiger Übertherapie. Die Folgen:
 - a) Schweres, vermeidbares Leiden für Patienten und Angehörigen,
 - b) Hohe Ausgaben für nicht indizierte, teure diagnostische und therapeutische Massnahmen am Lebensende,
 - c) Frustration und Burnout-Gefahr bei den Ärzten und Pflegenden.

Palliative Care-Angebote können – evidenzbasiert – entscheidend dazu beitragen, die Effektivität und Effizienz von Spitalleistungen zu verbessern.⁵ Ohne eine deutliche Verbesserung der spezialisierten Palliative Care-Angebote einerseits und des allgemeinen Palliative Care Know-Hows des gesamten Personals andererseits wird in Zukunft eine nachhaltige Führung von Spitälern und Kliniken nicht möglich sein.

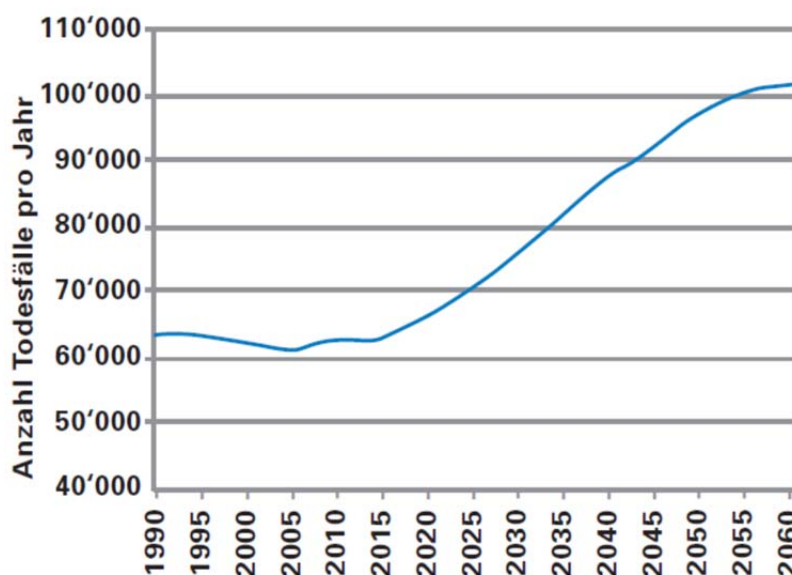


Abbildung: Entwicklung der Anzahl Todesfälle pro Jahr in der Schweiz bis 2060.

Quelle: Bundesamt für Statistik, zit. in Ref. 4.

Autor

Prof. Dr. Gian Domenico Borasio

Telefon 021 314 02 88

E-Mail borasio@chuv.ch

Referenzen:

- 1) World Health Organization. National Cancer Control Programmes: policies and managerial guidelines. 2nd ed., WHO, Genf 2002, S. 83-91
- 2) Parikh RB, Kirch RA, Smith TJ, Temel JS. Early specialty palliative care – translating data in oncology into practice. N Engl J Med 2013 369(24):2347-51.
- 3) Mitchell SJ, Dale J. Advance care planning is everybody's business. BMJ 2013;347:f6748.
- 4) Bundesamt fr Gesundheit: Dokument "Nationale Strategie Palliative Care 2013–2015", online unter www.bag.admin.ch/palliativecare
- 5) Smith S, Brick A, O'Hara S, Normand C. Evidence on the cost and cost-effectiveness of palliative care: A literature review. Palliat Med 2014;28(2):130-50.



DIE SPITÄLER DER SCHWEIZ
LES HÔPITAUX DE SUISSE
GLI OSPEDALI SVIZZERI

H+: Schweizer Spitäler, Kliniken und Pflegeinstitutionen
H+: Hôpitaux, cliniques et institutions de soins suisses
H+: Gli Ospedali, le cliniche e gli istituti di cura svizzeri

H+ Die Spitäler der Schweiz

Geschäftsstelle
Lorrainestrasse 4 A
3013 Bern
T 031 335 11 11
F 031 335 11 70
geschaeftsstelle@hplus.ch
www.hplus.ch